

State of California – Health and Human Services Agency  
California Department of Social Services

**CALFRESH承認通知書**

(ADDRESSEE)

[ ]  
[ ]

郡名

通知日: \_\_\_\_\_

ケース名: \_\_\_\_\_

ケース番号: \_\_\_\_\_

担当官名: \_\_\_\_\_

担当官番号: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご質問等ございましたら、あなたの担当官にお尋ねください。

州聴聞会：もしあなたがこの決定に対し異議がある場合、本件に関する聴聞会を要請することができます。このページの裏側に依頼方法等の詳細が記載されています。この決定が実施される前に聴聞会を要請した場合、その結果が出るまでは給付額に変更が加えられることはありません。

あなたのCALFRESHの受給申請が承認されましたことをお知らせいたします。

あなたの初回受給額は：\$ \_\_\_\_\_ であり \_\_\_\_\_ 分として支給されます。残りの承認期間中の給付額は \$ \_\_\_\_\_ であり、 \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ まで支給されます。

もしあなたがCASH AID ( キャッシュエイド ) にも申請したものの、それが認可されていない場合、認可された時点で事前の通知なしにCalFreshの給付額を低減、あるいは給付の停止をすることがあります。

- あなたのCalFresh受給資格はキャッシュエイドの資格と同日に始まります。
  - あなたの初月の給付額は申請承認日の関係により1ヶ月分以上の金額となります。
  - あなたの初月の給付額は申請受理日から計算されました。
- 

**CALFRESHがすぐに給付されましたので、以下の認証の提出が要求されませんでした。**

しかし、この認証は \_\_\_\_\_ より以前、もしくはCalFreshの資格がなくなる前までに提出する必要があります。この通知以外に催促状は送付されないため、ご注意ください。もし提出された認証があなたの資格もしくは給付額に影響する場合、それに沿った変更が加えられます。そのような措置を取った場合、事前に通知をすることはないことをご了承ください。

---

State of California – Health and Human Services Agency  
California Department of Social Services

---

あなたのCalFresh世帯はState Utility Assistance Subsidy ( SUAS ) 給付を利用する資格がある可能性があります。資格が認められた場合、郡はあなたに現金\$20.01をSUASとして給付します。これは年に一度の給付であり、認可された場合、あなたのキャッシュEBT口座に振り込まれます。もしキャッシュEBT口座がない場合は、あなたのCalFresh EBTカードの一環として開設されます。新しいカードを受け取るためにあなたがすることは何もありませんが、CalFreshで利用が認められていないものへの利用が許されています。この給付は、郡が光熱費の最高控除額（基礎公共料金、Standard Utility Allowance – SUA）を食費助成に充てることを可能とするものです。この\$20.01はあなたのEBTカードによりご利用いただけます。詳細について疑問等がありましたら、あなたのお住いの郡役所までお問い合わせください。

---

**規定:** これらの規定が適用されます:  
これらの規定は該当の福祉事務所にて閲覧できます。

## 聴聞会に関する権利

郡の決定に異議がある場合、州に聴聞会を開催するよう要請することができます。聴聞会の請求期間は90日間に限られています。この90日間の期間は郡があなたにこの通知書を手渡し、または郵送した日の翌日から計算されます。90日間以内に聴聞会の開催を要請できなかったことについて正当な理由がある場合は、期限を過ぎても聴聞会の開催を要請できることもあります。正当な理由を伝えることにより聴聞会が開催されることになる場合もあります。

Cash Aid、Medi-Cal、CalFreshまたは Child Care に係る決定の前に聴聞会の開催を要請することにより:

- 聴聞会が開催される前の待機期間中にCash AidまたはMedi-Calに変更が加えられることが無くなります。
- 聴聞会が開催される前の待機期間中にChild Careサービスが変更されないこともあります。
- 聴聞会が開催されるまで、または認証期間が終了するまでのどちらかか早い時点までCalFreshの給付は変更されません。

もし聴聞会の結果により郡側の判断が適切とされた場合、その期間中に受領した付加的なCash Aid、CalFreshまたはChild Care サービスについて返済する義務を負うこととなります。聴聞会が開催される前にあなたの給付の減額または停止を許可される場合は下記にチェックマークを入れてください。

はい、右の給付を減額または停止してください:  Cash Aid  CalFresh  Child Care

## 下記の援助について聴聞会の決定を待つ間について:

### Welfare to Work:

このプログラムに関する活動に参加する必要はありません。

この通知書を受ける前に郡が承認した活動や雇用に対する養育費の支払いを受け取ることができます。

その他の支援サービスの給付金が停止されると当局が伝えた場合、たとえ活動に参加したとして、もこれ以上の給付金を受け取ることはできません。

その他の支援サービスの給付金を当局が支払うと伝えた場合、その金額についてはこの通知書内で指定したとおりの方法で支払われます。

- これらの支援サービスを受けるには郡当局が指定した活動に参加しなければなりません。
- 聴聞会の結果を待つ間に郡からの給付金はその活動に参加するためには不十分な金額である場合は、その活動に参加することを中止しても構いません。

### Cal-Learn:

- 当局があなたにサービスを提供できないと伝えた場合、Cal-Learn Programに参加することはできません。
- Cal-Learn支援サービスで支払うことのできるものは事前に承認された活動のみです。

## その他の情報

**管理ケアプラン加入者 (Medi-Cal Managed Care Plan Members):** この通知書に記載されている内容によっては、管理されたケアヘルスプランのサービスを受けられなくなる可能性もあります。質問がある場合は、あなたのヘルスプラン会員サービスまでお問い合わせください。

**養育・医療支援 (Child and/or Medical Support):** あなたが補助金を受けていない場合でも地元の児童養育費徴収局が無料で徴収のサポートをいたします。これが現在提供されているサポートである場合、あなたが書面にて停止を求めない限り続きます。徴収した現在の養育費は送付されますが、期限を過ぎた郡に支払われるべき金額は差し引かれることとなります。

**家族計画 (Family Planning):** 質問があれば福祉事務所 (Welfare Office) から情報を得ることができます。

**聴聞会関連ファイル:** 州による聴聞会の開催を要請された場合、州聴聞局はその件に関するファイルを準備いたします。あなたは聴聞会の前にそのファイルを閲覧する権利があり、少なくとも聴聞会の二日前までに郡側の書面で明記された立場についての写しを得ることができます。州当局はあなたの聴聞ファイルを福祉課 (Welfare Department) 並びに米国保健社会福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services) および農務省 (U.S. Department of Agriculture) に提供することもあります。( W&I Section Code 10850 及び10950。 )

## 聴聞会の開催を要請するには:

- このページにご記入ください。
- 控えとしてこの書面の裏表両方をコピーのうえ、保管してください。必要であれば担当官に依頼すればコピーを提供いたします。
- このフォームを以下まで持参または郵送してください:

### または

- フリーダイヤル 1-800-952-5253に電話をするか、聴覚・言語に不自由がある方でTDDを利用される場合は1-800-952-8349にお掛けください。

**サポートが必要な場合:** 上記の州のフリーダイヤル番号で聴聞会の権利や法的援助の紹介についてお問い合わせいただけます。地元地域の法的支援オフィスまたは福祉受給権オフィスにて無料の法的援助を受けることもできます。

もし聴聞会にひとりで参加されたくない場合は友人や他の人を同伴されても差支えありません。

## 聴聞会の開催の要請

私は \_\_\_\_\_ 郡による下記の件に関する決定に対し聴聞会の開催を要請  
します。

- Cash Aid       CalFresh       Medi-Cal  
 その他 (明記) \_\_\_\_\_

聴聞会の開催を要請する理由: \_\_\_\_\_

記入スペースが足りない場合は、ここにチェックを入れ、別紙を添付してください。

私は州当局に無料で通訳を提供するよう要請します。(聴聞会において親族や友人が通訳を務めることは禁じられています。)

私の言語または方言は以下の通りです。 \_\_\_\_\_



私の言語または方言は以下の通りです。		その他を記載	電話番号
住所(所在地)	市	州	ZIPコード(郵便番号)
署名			日付
このフォームの記入者の氏名			電話番号

- 聴聞会では下記の人物に私の代理人を務めることを希望します。私はこの人物に私の記録の閲覧および聴聞会に私の代理人として出席することを許可します。(この人物は親族や友人であっても問題はありますが、あなたのために通訳をすることは許されません。)

氏名		電話番号	
住所(所在地)	市	州	ZIPコード(郵便番号)